



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

AUTOR:

Carlos Armas Olascuaga

ASESORES:

Dra. Haydee Mercedes Aguilar Armas

Mg. Gustavo Adolfo Morillo Ahumada

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

PSICOMETRICA

Trujillo – Perú

2018

PAGINA DE JURADO

Dra. Haydee Mercedes Aguilar Armas
Presidente del jurado

Mg. Gustavo Adolfo Morillo Ahumada
Secretario de Mesa del jurado

Mg. Tomás Pedro Caycho Rodríguez
Vocal de Mesa del jurado

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios padre todo poderoso, al darme fuerzas y esperanzas para seguir luchando por todo lo que me apasiona, de darme la oportunidad de cumplir cada meta trazada en el camino y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que fueron un soporte en mi periodo universitario.

Dar gracias a mis padres y a mis hermanos por el largo acompañamiento en mi periodo como estudiante y en mi desarrollo profesional

Armas Olascuaga Carlos

AGRADECIMIENTO

A mis asesores, demostrando enteramente su apoyo y exigencia al brindarme las pautas y enseñanzas requeridas para el logro de los objetivos durante mi desarrollo profesional.

A los directores de las Instituciones Educativas del distrito de Trujillo, por las facilidades de acceso que me permitieron realizar el presente trabajo investigativo. De igual manera, a los estudiantes de los niveles primario y secundario del distrito de Trujillo por mostrar una actitud colaboradora durante la evaluación colectiva.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Armas Olascuaga, Carlos con DNI N° 70942905 a efecto de cumplir con las descripciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En el sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como la información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, setiembre del 2018

Armas Olascuaga Carlos

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado, ante ustedes presento la tesis titulada; “Evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo”, con la finalidad de ilustrar las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Deseando cumplir con los requisitos de aprobación.

Armas Olascuaga Carlos

ÍNDICE

Autorización de Publicación de Tesis en Repositorio Institucional UCV	ii
Página del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Declaratoria de autenticidad	vi
Presentación.....	vii
Índice.....	viii
Índice de Tablas	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Realidad Problemática	13
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	18
1.4. Formulación del problema	26
1.5. Justificación del estudio	26
1.6. Objetivos	27
II. MÉTODO	28
2.1. Diseño de investigación	28
2.2. Operacionalización de la Variable	28
2.3. Población y muestra	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	30
2.5. Validez y Confiabilidad	31
2.6. Método de análisis de datos	32
2.7. Aspectos éticos	33
III. RESULTADOS	34
3.1. Evidencias de validez basadas en el contenido	34
3.2. Evidencias de validez basadas en la estructura interna	35
3.3. Evidencias de validez por consistencia interna	45
IV. DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIAS	53
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable.....	28
Tabla 2. Distribución de la población de tres instituciones educativas públicas del distrito de Trujillo	29
Tabla 3. Coeficiente de Aiken para la validez de contenido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.....	34
Tabla 4. Coeficiente de Aiken para la validez de contenido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.....	35
Tabla 5. Índice de ajuste absoluto, ajuste comparativo y ajuste parsimonioso del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.....	36
Tabla 6. Matrices de correlaciones por ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria del distrito de Trujillo.	37
Tabla 7. Matrices de correlaciones por ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria del distrito de Trujillo.....	38
Tabla 8. Cargas factoriales estandarizadas del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria del distrito de Trujillo.	39
Tabla 9. Cargas factoriales estandarizadas del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria del distrito de Trujillo.....	40

Tabla 10. Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria del distrito de Trujillo.....	43
Tabla 11. Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria del distrito de Trujillo.	44
Tabla 12. Estadísticos de fiabilidad del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo	45

RESUMEN

La investigación de diseño instrumental, tuvo como objetivo hallar las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, en una muestra de tipo censal (n=1501 alumnos), dividida en dos partes, una (n=644 niños), entre los 7 a 11 años de edad y (n=857 adolescentes), entre los 12 a 15 años, provenientes de tres instituciones educativas estatales. Los resultados obtenidos para las evidencias de validez basadas en el contenido mediante el criterio de jueces utilizando la V de Aiken, alcanza valores de .64 a .95, asimismo las evidencias de validez basadas en la estructura interna utilizando el método de cuadrados mínimos no ponderados, reporta resultados satisfactorios a nivel de ajuste absoluto (GFI=.95 en niños y .96 en adolescentes, AGFI=.95 en niños y .96 en adolescentes, SRMR=.0556 en niños y .0485 en adolescentes); comparativos con (NFI=.90 en niños y .92 en adolescentes) y corregido por parsimonia (PNFI=.82 en niños y .85 en adolescentes), continuando se identificó la confiabilidad utilizando el coeficiente Omega, donde se encontró niveles de confiabilidad aceptable en la escala de Disforia (ω =.79 en niños y adolescentes), como en la escala de Autoestima negativa (ω =.55 en niños y .65 en adolescentes). Finalmente en la escala total se alcanzó un nivel altamente relevante de (ω =.83 en niños y .85 en adolescentes).

Palabras clave: Depresión infantil, validez, confiabilidad, disforia, niñez y adolescencia.

ABSTRACT

The investigation is the instrumental design was objective to find to evidence of validity and confiability of depression infantil inventory of Kovacs in the children and adolescents in the district of Trujillo, a sample of census type (n=1501 students), one (n=644 children), between 7 to 11 years of age and (n=857 adolescents), between 12 to 15 years, from three state institutions. The results obtained for the validity evidences based on the content by means of the criterion of judges to use V. de Aiken of values ar .64 to .95, also the evidence of validity based on the internal structure used the method of least squares unweight, reports satisfactory results level of adjustment absolute (GFI=.95 in the children and .96 in adolescents , AGFI =.995 in children and .96 in adolescents , SRMR=.0556 in children and .0485 in adolescents) ; comparative with (NFI=.90 in children and .92 in adolescents) and corrected by parsimony (PNFI=0.82 in children and .8 in adolescents) continuing reliability use the Omega coefficient , were found acceptable confiability in the scale of dysphoria (ω = .79 in children and adolescents) like in the scale of negative self-esteem (ω = .55 in children and .65 in adolescents). Finally in total scale a highly relevant level of (ω = .83 in children and .85 in adolescents).

Keywords: Depression Infantil, Validity, confiability, dysphoria, children and adolescence.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

En los años 80 solo era considerable clínicamente la depresión en adultos; sin embargo, actualmente ha sido de interés la depresión en los niños y los adolescentes. A consecuencia de estos factores: predisposición hereditaria, desestructuración y disfuncionalidad familiar y baja interacción social. En función a ello, Kovacs (2004) sostiene que la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos repercutiendo de manera negativa en los diferentes contextos en las cuales el sujeto se desenvuelve. En esta medida se puede mencionar que la depresión en los niños, se viene observando una serie de conductas agresivas dentro del ámbito escolar o familiar, expresa sentimientos de vacío y alteración cognitiva de sí mismo, sobre lo que le rodea y sobre su futuro; mientras que en los adolescentes es manifestada como: percepción errónea sobre los supuestos pensamientos pesimistas por el ambiente en que está rodeado, se sienten aislados, abatidos emocionalmente, manifestando aletargamiento motor, mostrándose desconcentrados y evidenciando una disminución de las actividades de la vida diaria (Suarez, 2017, mayo 22).

La depresión es uno de los principales desórdenes del estado mental y que tiende a causar una gran tasa de mortalidad tanto en niños, adolescentes y adultos si no se trata de manera inmediata, Por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) conceptualiza a la depresión como la principal causante de los desórdenes del estado psicológico y fisiológico del usuario. Según el organismo mencionado realizó un trabajo estadístico donde se estimó que más de 300 millones de habitantes atraviesan episodios depresivos y en algunos casos intentos de autodestrucción. Esto llega a constituir un índice del 18% entre los años del 2005 y 2015. Según Vargas (2014, septiembre 6) aludió que dentro de la realidad peruana se graficaba 1 millón 700 mil pobladores quienes tienden a presentar algún cuadro sintomatológico del estado de ánimo, de los cuales, 365 usuarios han manifestado síntomas clínicos marcados repercutiendo dentro de su entorno social, familiar, en el aspecto laboral y conyugal; mientras el 65% de los pobladores entre ellos niños,

adolescentes y adultos no buscan solución para disminuir la sintomatología depresiva, llegando a un intento de autodestrucción. Por su parte Costa (2017, marzo 9) ha mencionado en una entrevista que dentro de la realidad liberteña uno de cada cinco niños tiende a presentar problemas emocionales repercutiendo en su desarrollo social, familiar y escolar; asimismo refirió que el Ministerio de Salud desarrolló diversos trabajos estadísticos, donde estimo que dentro del distrito Trujillo se registraba 260 mil usuarios siendo un índice del 30% de la población, presentando manifestaciones de un estado de ánimo depresivo recurrente, llegando a detectar de uno a tres casos de suicidio por día, esto debido a diversas causas como fueron: problemas familiares, maltrato psicológico y/o físicos, abandono de los miembros familiares y problemas relacionados a la muerte o distanciamiento por las figuras familiares. Según Caballero (2016, diciembre 6) durante una entrevista afirmo que, en la ciudad de Trujillo se tiende a reportar un promedio de 27 mil casos de cuadros depresivo, entre ellos el 20% de los usuarios presentaron problemas emocionales tanto en el hogar como en el colegio y de pareja, para Cutipe (2015, septiembre 9) señalo que un 75% de la población trujillana se vio afectada bajo el estrés, conflictos familiares (primordialmente entre los progenitores), siendo una forma de indicio de la sintomatología depresiva. En el cual, ha generado en los familiares a mantener actitudes pasivas ante los problemas emocionales, presentando cuadros depresivos recurrentes silencioso y finalmente recayendo en una tasa de suicidio.

Recientemente, en los centros educativos, ya no eran tres o cuatro alumnos los que manifestaban síntomas afectivos ante un ambiente conflictivo (sea familiar o social); sino también han mostrado sintomatología cognitiva, de los cuales se ha podido evidenciar pensamientos de culpabilidad acompañadas de ideas pesimistas sobre sí mismo y/o supuestas ideas generadas por el entorno. Además, se desencadenaron episodios conductuales en donde el usuario ha mostrado una desintegración por los lazos afectivos familiares o sociales, deserción escolar, aislamiento de su entorno, consumo de sustancias psicoactivas para olvidar sus problemas emocionales; generando problemas fisiológicos tales como aletargamiento motor y enfermedades agudas o crónicas.

Por lo expuesto anteriormente, se consideró importante la medición de la depresión, siendo una variable nueva de estudio ya que no se han realizado investigaciones locales de tipo instrumental que hayan trabajado las situaciones y respuestas cognitivas de la depresión en niños y adolescentes. Asimismo, muchos trabajos e instrumentos psicológicos hablan de la depresión en general; sin embargo, no identificaron aquellas respuestas cognitivas que ocasionan la sintomatología depresiva que enfrentan los niños y los adolescentes acorde al contexto en que está rodeado. Por ello, se ha logrado obtener los niveles de validez y confiabilidad, mediante la aplicación del instrumento psicométrico, para recopilar datos sobre la sintomatología depresiva en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.

Existieron cuestionarios que han medido la depresión infantil, entre ellos fueron: el inventario de Depresión de Beck (BDI-II), elaborado por el fundador de la terapia cognitiva conductual, es un cuestionario auto administrativo conformado por 21 ítems de tipo Likert con respuestas múltiples que puede ser aplicado en poblaciones a partir de 13 años en adelante, también ha mostrado una confiabilidad aceptable; sin embargo uno de los defectos del instrumento, que los resultados pueden ser manipulados por el examinador y una forma de responder variada. Asimismo, la Escala de Depresión de Hamilton (HDI), fue creada por el psiquiatra Hamilton, un inventario auto administrativo, constituido por 17 ítems de tipo Likert con respuestas múltiples, aplicado para adolescentes y adultos, con una confiabilidad aceptable; sin embargo, una deficiencia de la escala, que solo puede ser aplicado en pacientes clínicos, una evaluación de entrada y de salida para la observación de la sintomatología depresiva, aplicado por dos evaluadores y la forma lingüística del instrumento es técnica para el evaluado. Posteriormente se encontró la Escala de depresión de Reynolds (EDAR), desarrollado por el psicólogo William Reynolds, una escala auto administrada, formada por 30 ítems de tipo Likert con respuestas múltiples y aplicadas en adolescentes. Ha evidenciado una confiabilidad aceptable; sin embargo, uno de los defectos del cuestionario está en la forma lingüística ya que utiliza tecnicismo en la redacción de ítems, dificultando el entendimiento del evaluado.

Desde luego, el presente trabajo de investigación utilizó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, en sus iniciales CDI siendo un test adaptado al idioma castellano por Del Barrio y Carrasco en el año 2004, siendo más actual que en las investigaciones mencionados al contribuir en los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio, asimismo entre otras de sus cualidades una fiabilidad mediante el método test re-test, el cual se consideró como el mejor método por haber obtenido la confiabilidad (Alarcón, 2013), describiendo dos aspectos importantes como, disforia y autoestima negativa. A diferencia de otros instrumentos, fue una herramienta que determina la respuesta cognitiva de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes; respecto a sus propiedades psicométricas, se encontró una confiabilidad total de ,80 y por coeficiente alfa de .75 para el factor disforia y de 66 para autoestima negativa, los cuales han sido indicadores de un buen grado de confiabilidad, por lo cual se explica por la utilización del coeficiente Alfa de Cronbach, que en la actualidad es criticado por su sensibilidad al tamaño de la muestra a comparación de la presente investigación que al medir la confiabilidad mediante el método estadístico coeficiente omega, debida a la mayor precisión en contraste al Alfa de Cronbach (Ventura y Caycho, 2017). Finalmente, el estudio realizado tiene como beneficio en hallar las evidencias de validez y confiabilidad de dicho instrumento en una muestra de estudio dividida en dos partes una con alumnos de primaria (n=644) y con alumnos de secundaria (n=857).

Ante lo mencionado, fue necesario hallar las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, teniendo un instrumento con evidencias para el uso en la población beneficiaria.

1.2 Trabajos previos

Miranda, Laborin, Chavez, Sandoval & Torres (2016) realizaron una investigación de tipo instrumental teniendo como objetivo, determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra no clínica conformada por 557 estudiantes de colegios públicos entre ellos hombres y mujeres con un promedio de edad de 10.65 años, teniendo como resultado en el análisis factorial exploratorio con un KMO de 0.856 y el coeficiente de confiabilidad aceptable ($\alpha=.82$), en cuanto a los valores de las cargas factoriales de los ítems oscilan entre .31 a .69; los autores concluyeron que la escala resulta adecuada y confiable para la evaluación en los pobladores de la ciudad de Hermosillo, México.

León (2013) desarrolló una investigación teniendo como objetivo, adaptar el inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra de 417 estudiantes de colegios públicos entre ellos hombres y mujeres que oscilan entre las edades de 9 a 15 años. Entre los resultados muestran un coeficiente de confiabilidad aceptable ($\alpha=.78$) utilizando los criterios de estudio concurrente (Escala de depresión de Reynolds EDAR) mostrando un coeficiente de confiabilidad aceptable de .73 y constructo convergente (Inventario de ansiedad estado rasgo STAIC) obteniendo índices de confiabilidad aceptable a .77, dando una correlación positiva adecuada de .408, mostrando una correlación óptima con el CDI de Kovacs, en cuanto a las cargas factoriales de los ítems oscilan entre .31 a .81; finalmente, la autora concluye que el inventario tiene características apropiadas que miden la sintomatología depresiva en los pobladores de Lima Metropolitana, Perú.

Flores (2018) realizó una investigación con el objetivo de conocer las evidencias de validez del inventario de depresión infantil de Kovacs, en una muestra de 517 alumnos de colegios públicos entre ellos hombres y mujeres que oscilan entre las edades de 12 a 15 años. Entre los resultados muestran una confiabilidad aceptable ($\omega=.87$), en cuanto a los valores de las cargas factoriales de los ítems pertenecientes a disforia con un índice de confiabilidad de .66 y autoestima negativa perteneciente a .79. con análisis factorial confirmatorio con índice de ajuste

satisfactorio, la autora concluyo que el inventario tiene características apropiadas para la evaluación en pobladores del distrito de Huanchaco, Perú.

Ríos (2015) desarrolló una investigación cuyo objetivo fue, determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil de Kovac, la muestra estuvo constituida por 371 estudiantes de colegios públicos entre ellos hombres y mujeres cuyas edades oscilan entre los 12 y 15 años de edad, los resultados muestran una confiabilidad aceptable ($\alpha = .83$), y una adecuada correlación ítem-test que varía entre .24 a .68 corregida entre la mayoría de los ítems que conforman el inventario. Asimismo, en la correlación ítem-escala se perciben índices entre .30 y .62 en la dimensión de disforia y .25 a .71 en la dimensión de autoestima negativa, la autora determinó que el inventario es apropiado para la población del distrito de El Porvenir, Trujillo.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Depresión

Para los autores, Frías, Mestre, Del Barrio & García (2012) la depresión es un estado emocional caracterizado por la tristeza, el desánimo y la desesperanza, que ocurre a partir de un acontecimiento estresante o de presión, el cual no es afrontado de forma funcional, evidenciando patrones atípicos de conducta, que detonan la sintomatología depresiva (Luna, 2014).

De igual manera, Arrieta, Díaz & González (2013) manifiestan que el cuadro depresivo se origina a partir de una situación de presión, que el sujeto no logra superar, recordando continuamente, entonces para Lutz, Phelps & Reichle (2011) se puede distinguir que se da frente a las cogniciones que continuamente están presentes en la memoria, evidenciando continuamente la situación no resuelta que se presenta de forma automática y recurrente.

Por su parte, Kovacs (2004) refiere que la depresión infantil es un estado de ánimo que manifiesta un patrón de disforia caracterizado por el humor depresivo, la tristeza, la preocupación, entre otros, asimismo por un rasgo de autoestima negativa

donde el infante realiza juicios de auto ineficacia, fealdad, maldad y cualquier otro atribuido de desvalorización de su propia imagen.

1.3.2. La infancia

Según Alonso (2012) la infancia es una etapa del ciclo vital que engloba dos períodos, el primero que concierne hasta los 3 años aproximadamente, y el segundo que es hasta los 12 años, que también se denomina niñez, donde el ser humano empieza el aprendizaje de los primeros patrones tanto cognitivos, conductuales y afectivos, para Majadas, Olivares, Galán & Diez (2012).

Marina (2011) desarrollan hasta la vida adulta, por ende, su desarrollo funcional permite al individuo poder adaptarse a diversos entornos durante el desarrollo del ciclo vital.

Asimismo, Papalia, Wendkos & Duskin (2010) manifiestan que la infancia y niñez son periodos plenamente de adquisición de los primeros comportamientos, donde el principal aprendizaje se da por observación e imitación de las figuras representativas, como lo son los progenitores, en cuanto al grupo primario de apoyo, también los coetáneos dentro del grupo social, y con una tendencia creciente, los medios de comunicación que instauran creencias, valores y conductas en los infantes y se van sosteniendo hasta la adultez.

Por su parte, Erikson (1992) manifiesta que el repertorio de cogniciones, conductas y afectos interiorizados en la infancia, se continuarán consolidando en la adolescencia, instaurando de esta manera el carácter, que es el resultado de un aprendizaje por experiencia y adquisición de vivencias, que junto al temperamento que es el conjunto de rasgos innatos, configuran la personalidad en la etapa de la adultez, la cual según Mitjans & Arias (2012) se continuará desarrollando durante todo el ciclo de vida considerando que es una variable dinámica, que está en un continuo cambio y adaptación a su entorno.

De esta manera, Muñoz (2012) manifiesta que los sucesos ocurridos durante este primer periodo del ciclo vital, marcan la pauta del desarrollo del ser humano en las siguientes de su maduración, así como su crecimiento, ya que los aprendizajes

asimilados son de experiencias invaluable, que permita pautar el comportamiento del individuo, en tal sentido, si el aprendizaje caracteriza patrones continuos de desánimo, frustración, desesperanza, entre otros efectos negativos. Estos se acrecentarán conforme se desarrolle el ser humano, ya que se enfrentará a otros contextos de presión, que, si no aprendió las herramientas y estrategias necesarias de afrontarlos, lo conlleva a estados disfuncionales, tanto de la cognición, afecto y conducta (Amato & Anthony, 2014).

Entonces, Sánchez y Méndez (2015) manifiestan que la infancia constituye una etapa del ciclo vital fundamental para la consolidación del carácter pertinente para la adolescencia, que posteriormente en la adultez junto al temperamento, estructuran la personalidad del individuo, que, frente a un desarrollo normativo, a largo plazo, permite la adaptación a diversos medios y entornos socioculturales tanto de interacción como de presión (Beardslee, Glandstone & O'Connor, 2012).

1.3.3. La depresión infantil

Para, Beck, Rush, Shaw & Emery (2010) la depresión es un trastorno afectivo que puede darse desde la infancia, estructurando mismos efectos negativos, como la tristeza, el desánimo, la desesperación, la desolación, la melancolía, entre otros, pero con una intensidad y frecuencia menos, ya que según Sainero, Del Valle & Bravo (2015) este periodo aún se está consolidando los patrones de comportamiento, por ende no se considera como patología al cuadro depresivo, más si, como el conjunto de signos y síntomas que provocan un deterioro en el desarrollo afectivo del infante y del adolescente.

De tal manera, Yamada et al. (2007) refieren que la depresión puede arrojar los primeros indicadores en los estados emocionales desde la infancia, que pueden desarrollarse en la adolescencia con mayor impacto, y afectar en la adultez, cuando su intervención no se realiza o no es efectiva, en tal sentido puede generar un cuadro de depresión mayor, o alguna patología relacionada, como lo suele ser la ansiedad, los ataques de pánico, entre otros (Beck & Clark, 2012).

Asimismo, según Bowlby (2014) la infancia es un periodo que en la última década se observa un incremento de los casos relacionados a los trastornos del afecto

y humor, un patrón que anteriormente no se observa con tanta frecuencia, frente a esta realidad, las actividades de promoción, prevención e intervención han aumentado, ya que conforma una etapa de vulnerabilidad para distintos trastornos, tanto emocionales como conductuales, por otro lado, al constituir estos cuadros disfuncionales, por lo general en el periodo de la infancia suele darse a corto y mediano plazo, por ende Tailljeu, Brownridgeb, Sareend & Afifi (2016) Manifiestan que el abordaje en la infancia es relativamente más llevadero, a diferencia de la adolescencia, o la adultez, donde la sintomatología se torna de moderada a severa, generando además otros cuadros clínicos que incrementan el trastorno depresivo.

1.3.3.1. Causas

Los autores, Baca y Aroca (2014) manifiestan en el principal detonante de la depresión en la infancia es la carencia o distorsión del afecto, que se suele presentar con mayor frecuencia en el entorno del sistema familiar, caracterizando entre las principales problemáticas, la separación conyugal, la muerte de uno de los progenitores o miembros familiares, el distanciamiento por parte de los padres hacia el infante, sea por trabajo o cualquier otra actividad, asimismo no tener un espacio con quien compartir experiencias socio afectivas, metodológicas de crianza punitiva, entre otros escenarios propios del grupo primario de apoyo (Suárez, 2010).

Ellos se deben, porque la infancia se caracteriza por un periodo de desarrollo del apego hacia la figura representativa, por ende, su separación, pérdida o cualquier evento que signifique una distorsión en el afecto puede ocasionar un cuadro depresivo, o también de ansiedad, que son las dos sintomatologías más frecuentes en la infancia, adolescencia adultez (Botella et al., 2010).

Asimismo, Cary & McMillen (2012) refieren que otra fuente desencadenante de la depresión en la infancia, es el rechazo de pares o coetáneos, que ocurre en el sistema sociocultural, al constituir el ser humano un ente de socialización por naturaleza, su aislamiento, desdén o separación, de este sistema conlleva a estados de tristeza, desintereses, y por lo general la disfuncionalidad en los patrones de comportamiento del individuo.

Además, Connor, Ford, Amsten & Greene (2014) manifiestan que el estrés postraumático es fuente activa de la depresión en infantes, que suele generarse frente a eventos catastróficos, sean por hechos naturales, algún accidente, pérdida de bienes o acontecimientos traumáticos como perderse, ser violentado, o transgredido, que es recordado como un acontecimiento no resuelto conllevando emociones de tristeza y desesperación.

1.3.3.2. Características

La asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) expone entre las características más frecuentes en cuadros depresivos, una profunda tristeza, desesperanza, desinterés por las actividades usuales, autoestima negativa, falta de sueño y disminución en las relaciones interpersonales, afectando a su desempeño en las áreas más importantes del ser humano como, la social, familiar, laboral, educativa e individual.

Asimismo, Bragado & Bersabe (2010) sostienen que la depresión en la infancia afecta primordialmente al desempeño funcional del sujeto en el área educativa y socio familiar, evidenciando una disminución en su desempeño académico, el evitar cumplir con sus obligaciones educativas, además un distanciamiento en la interacción de lo familiar como sistema primario de apoyo, por lo cual, según Esquivel, Heredia & González (2014) el niño se aísla del sistema social, evitando el contacto con otros infantes, percibiendo que los problemas que pueda estar sucediendo es a consecuencia de su propio comportamiento.

Mientras que el adolescente, para Hale, Raaijmakers, Garcia, Muela & Diaz (2013) manifiesta su depresión mediante actos de aislamiento del sistema familiar, sin embargo, con frecuencia no suelen aislarse del sistema social, ya que en este reciben, la aprobación y aun sustento, que a pesar que pueda ser disfuncional, aún lo mantienen, además Gladstone (2010) manifiesta que los adolescentes jóvenes suelen manifestar su depresión mediante comportamientos de rebeldía, como el desacatar las órdenes instruidas por los progenitores, en cuanto a los horarios de alimentación, asimismo de higiene personal, limpieza del hogar, los horarios diurnos y nocturnos, que suelen incumplir, que pueden ser percibidos a simple vista como conductas perturbadoras sin embargo enmarcan o pueden marcar la presencia de un

cuadro de depresión que se está sublimando para que pueda ser afrontado (Huang & Dong, 2014).

Por otra parte, O'Neil, Podell, Benjamin & Kendall (2010) manifiestan que también se puede considerar entre otros factores, los predisponentes, los cuales hacen referencia a la herencia genética del ser humano, que es heredada por parte de los progenitores biológicos, predisponiendo al desarrollo de alguna patología, sin embargo Royo (2012) destaca no es un determinante, ya que tendría que influir otros factores como los desencadenantes y mantenedores para convertir la sintomatología en una patología o cuadro que incapacite a la persona imposibilitando su desarrollo holístico.

1.3.3.3. Factores explicativos

Para Lang & Tisher (2014) si bien los desencadenantes de la depresión pueden ser similares, se tiene que distinguir que los detonantes en la infancia y adolescencia son distintos, caracterizándose según la etapa del ciclo vital, ya que cada periodo presenta sus peculiaridades.

Los teóricos Lucio & Heredia (2014) manifiestan que en la adolescencia es más frecuente que la depresión se deba por rechazo social, aislamiento del grupo de pares, asimismo no cumplir con las expectativas del entorno de coetáneos, entre otros aspectos relacionados a los estándares que establece el sistema social que está acorde a la edad del adolescente, por su parte Valdivia (2012) refiere que la apariencia física en la adolescencia es un desencadenante sumamente frecuente de la depresión, el no cumplir con los estándares de belleza, que en mucha frecuencia se deben por cambios hormonales, conlleva a cuadros depresivos desde leves a severos.

Por su parte Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán & Granados (2011) refieren que en la niñez, los detonantes de depresión suelen variar, por ejemplo, el no recibir afecto y acercamiento con los padres, con mucha frecuencia es una causa de tristeza, de igual manera la ausencia de los progenitores, y con mayor intensidad su separación, en cuanto al entorno social no suelen ser un factor tan relevante, ya

que los altercados entre niños por lo general no tiene una duración a mediano o largo plazo, observando una resolución rápida; por su parte Sandin (2013) manifiesta que el no cumplir con ciertas exigencias de las figuras representativas también puede conllevar a cuadros de desilusión y desesperación por ejemplo, no satisfacer a los progenitores en cuanto al desempeño académico o cualquier otra área de interacción y desarrollo, ocasionándole culpa, lo cual a mediano plazo se trasluce en depresión, además Parmelee (2014) menciona que tanto para los adolescentes como para los infantes los factores mantenedores de la depresión están relacionados plenamente a la conducta recursiva que lo detonan, lo cual conlleva que el sujeto siga presentando la misma caracterización sintomatológica, que si no es intervenida en posteriores etapas del desarrollo vital puede generar una patología.

1.3.3.4 Escuela psicológica explicativa

Para Del Barrio (2015) el enfoque conductual, es el principal modelo teórico práctico que permite la comprensión de la depresión, al pautar que el cuadro depresivo inicia a partir de una situación que es percibida como estresante o de depresión, la cual conlleva de detonar un conjunto de cogniciones, que por lo general son automáticas y distorsionadas, ocasionando efectos negativos, que deterioran el desarrollo afectivo, que da como resultado comportamientos atípicos que sólo producen la recursividad y continuidad del cuadro depresivo.

En tal sentido, se considera que el modelo cognitivo conductual, permite la comprensión amplia de la depresión, al tener en cuenta las variables tanto situacionales, pudiendo ser ocasionadas o por el azar, que no son reguladas por las estrategias del individuo, por ende, desencadenan pensamientos automáticos arraigados a distorsionar el problema y agravarlo, por ende las emociones negativas se potencializan, como la tristeza, el desánimo, el desinterés, que generan comportamientos que buscan la resolución del problema, pero con frecuencia ocasionan su recursividad (Beck, Rus, Shaw & Emery, 2010).

Asimismo, Del Barrio & Carrasco (2013) consideran que el modelo cognitivo conductual no solo permite la explicación de la depresión, además brinda un enfoque netamente conductual, que permite la resolución del cuadro depresivo, que tiene

como principio trabajar en base a los pensamientos automáticos, en cuanto a su reestructuración, utilizando un conjunto de estrategias y herramientas, que permiten brindar en el infante, adolescente y en la adultez una versión distinta de su problema, la cual le conlleva a la resolución y adaptación funcional a su entorno.

1.3.3.5. Consecuencias

Para los teóricos Greenberg & Paivio (2012) la principal consecuencia de la depresión en la infancia se puede englobar a 3 ejes principales de su funcionamiento, en relación al desempeño académico, la interacción social y la somatización psicofisiológica.

El desempeño académico se ve mermado cuando el infante como el adolescente padece un cuadro depresivo, ya que desmotiva el seguir con la instrucción académica, dejando de lado diversas actividades, que generan una disminución en el rendimiento académico, pudiendo ocasionar hasta la deserción escolar por continuas faltas (Jaureguizar, Bemaras, Soroa, Sarasa & Garaigordobil, 2015).

En la interacción social, conlleva un aislamiento parcial o total del contacto interpersonal, que promueve lazos afectivos representativos, el cuadro depresivo conlleva a un desgano por la socialización, tanto del grupo de pares como del sistema familiar, ocasionando deterioro en las habilidades sociales y adaptación a los entornos de presión que se presentan en escenarios ambientales, que el sujeto evita, pudiendo llegar a tener hasta fobia a estos escenarios (Foa, Gillihan & Bryant, 2013).

La Somatización, es una de las consecuencias más graves de la depresión, es la sintomatología física, la cual caracteriza cefaleas, vértigo, pérdida de apetito, así como de sueño, temblores, taquicardias, delirios en cuadros graves, entre otras características que están a razón de cada persona y a la forma como suele expresar los signos y síntomas de la depresión (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010).

1.4 Formulación del problema

¿Cuáles fueron las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo?

1.5 Justificación del estudio

El trabajo presentado estuvo fundamentado en el análisis de las evidencias de validez y confiabilidad, por lo cual fue de gran importancia; debido a que permitió comprobar la adaptación del instrumento acorde a las características de la localidad; para lo cual se determinó la validez y confiabilidad, a su vez, brindó información estadística para posteriores evaluaciones referentes a las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo. En relación al futuro, servirá para los estudiantes de psicología del área clínica y educativa, quienes ya pueden contar con un instrumento útil para el diagnóstico de ciertos indicadores tempranos sobre la depresión, teniendo índices de validez y confiabilidad para la evaluación de la sintomatología depresiva en la población mencionada. Finalmente, el estudio realizado ya es un antecedente para futuras investigaciones en poblaciones similares a la problemática resaltada. Por último, a nivel de constructo se profundizó la conceptualización de la depresión en base al estudio presentado.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Hallar las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.

1.6.2 Específicos

Determinar las evidencias de validez basada en el contenido por medio del método de criterio de jueces del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.

Determinar las evidencias de validez basada en la estructura interna por medio del método del análisis factorial confirmatorio del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.

Determinar la confiabilidad por medio del método de la consistencia interna del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo.

II. METODO

2.1 Diseño de Investigación

Para dicho estudio se utilizó el diseño propuesto por los autores Montero y León (2007), definiendo que una investigación es instrumental si está orientada a la construcción o adaptación de instrumentos psicométricos válidos y confiables.

2.2 Operacionalización de la Variable

Tabla 1

Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Depresión Infantil	La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta un patrón de disforia caracterizado por el humor depresivo, la tristeza, soledad, nostalgia, preocupación entre otros, asimismo por un rasgo de autoestima negativa donde el infante y el adolescente realiza juicios de auto ineficacia, fealdad, maldad y cualquier otro atributo de desvalorización de su propia imagen (Kovacs, 2004).	Al medir la variable, se respetará los puntajes directos y percentiles del inventario de depresión infantil (Kovacs, 2004),	Disforia: Está definida por “el humor depresivo, la tristeza, soledad, nostalgia, preocupación entre otros” (Kovacs, 2004). ítems: 1,4,5,7,8,9,10,12,16,17,18,20,21,22,25,27 Autoestima negativa: Está definida “donde el infante y el adolescente realiza juicios de auto ineficacia, fealdad, maldad y cualquier otro atributo de desvalorización de su propia imagen” (Kovacs, 2004). ítems: 2,3,6,11,13,14,15,19,23,24,26	Intervalo Para Alarcón (2013) sostiene que es un ordenamiento de datos al igual que en la escala ordinal.

2.3 Población y Muestra

2.3.1. Población

La población estuvo constituida por 1,501 alumnos de ambos géneros, entre las edades comprendidas de 7 a 15 años, del segundo grado de nivel primario hasta el cuarto grado de nivel secundario, con un total de 3 instituciones educativas públicas del distrito de Trujillo.

Tabla 2

Distribución de la población de tres instituciones educativas públicas del distrito de Trujillo.

Institución Educativa	Frecuencia	Porcentaje
Institución 1	1,235	82.27%
Institución 2	182	12.14%
Institución 3	84	5.59%
Total	1,501	100%

Fuente: Dirección de las Instituciones Educativas.

2.3.2. Muestra

En esta investigación se consideró la clasificación utilizada por los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014), refiriendo que la muestra de tipo censal, en donde se aplica el instrumento psicométrico a todos los integrantes; a fin de conocer las características en común en la cual se enfoca dando origen a los datos de dicho estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Alumnos registrados durante la jornada escolar del 2018, que cursen el segundo año de primaria hasta el cuarto grado del nivel secundario, pertenecientes a las instituciones educativas públicas: Gustavo Ríes, CECAT Marcial Acharan y José Carlos Mariátegui La Chira.

Alumnos de ambos géneros entre las edades de 7 a 15 años

Alumnos que cuenten con accesibilidad para la administración y ejecución de dicha evaluación colectiva.

Criterios de exclusión:

Alumnos que desarrollan la evaluación de forma incorrecta, como no completar la hoja de respuestas o marcar más de una alternativa.

Alumnos que se ausenten en el día de la administración y ejecución colectiva del inventario de depresión.

Alumnos que están pasando por un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnica

Respecto a la obtención de los datos, se empleó la técnica de evaluación psicométrica como un tipo de herramienta indirecta, de esta manera permitió ejecutar a la población estudiada; no estuvo permitida la comunicación presencial entre el investigador y el evaluado, dedicada en el análisis de la validez y confiabilidad (Alarcón, 2013).

2.4.2. Instrumento

Se utilizó de tipo instrumental denominado Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, creado en el año 1992 por la autora María Kovacs en Toronto (Canadá), Asimismo fue adaptado en España por los autores Del Barrio y Carrasco en el año 2004. El instrumento se compone por 27 ítems de tipo Likert de respuestas múltiples, puede ser aplicado de forma individual y colectiva, en poblaciones clínicas y no clínicas, teniendo como duración de aplicación entre 10 a 15 minutos, el instrumento tiene como objetivo evaluar la sintomatología depresiva en base a los factores de disforia y autoestima negativa en niños y adolescentes cuyo rango de edad es de 7 hasta los 15 años.

2.5 Validez y Confiabilidad

El Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), comprendió en su adaptación la posibilidad de utilizarlo para una evaluación psicológica en niños y adolescentes entre las de 7 a 15 años de ambos sexos.

Validez: para la extracción de los factores se llevó a cabo el Análisis Factorial Exploratorio mediante: Método de Componentes Principales, Rotación Oblicua (Promax) y KMO; posteriormente, se encontró la varianza explicada en dos factores comprendida de la siguiente manera: disforia representando valores de 4.71 alcanzando una varianza de 17.47%, mientras que autoestima negativa obtuvo resultado de 1.72 alcanzando una varianza del 6.38%. Asimismo, la prueba de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.878) y el test de esfericidad de Barlett (Chi-cuadrado=27945,936; g.l.=351; p 0.001) donde se mostraron valores adecuados. Asimismo se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando: Método de máxima verosimilitud. Entre los índices de ajuste encontrados, el GFI indica valores de .93 y el AGFI de .92; ambos indicaron un claro ajuste a los datos y son considerados significativos a partir de .90 como lo indica (Bentler, 1995; Sorbom, 1993). En el PGFI fue de .79 por lo cual indica un buen ajuste según (Mulaik et al, 1989). En el RMSEA fue de .060 indicando un buen ajuste según (Browne & Sugawara, 1996).

Confiabilidad: El cuestionario presenta una confiabilidad mediante la consistencia interna, calculado por el estadístico de Coeficiente Alfa de Cronbach de los dos factores: disforia .75, autoestima negativa .66 y el total de .80. (Kovacs, 2004). Asimismo en la fiabilidad test-retest muestra una puntuación total de .38 con un intervalo de dos semanas ligeramente inferior para el factor disforia de .35 y ligeramente superior para autoestima negativa de .43, indicando valores pertinentes para una muestra no clínica.

2.6 Método de análisis de datos

Primeramente, se realizó la Evidencia de Validez basada en el Contenido mediante el criterio de jueces utilizando como estadístico la V de Aiken, procediendo a aplicar una prueba piloto a 100 unidades de análisis, obteniendo índices de homogeneidad ítem-test; asimismo para claridad, coherencia y relevancia, valores mediante el estadístico v de Aiken, que su punto de corte, el criterio más exigente indica sobre .80 (Escurra, 1988), asimismo se reportó los intervalos de confianza en el programa IC de Aiken versión 6, con un nivel de confianza del 95%.

A su vez, se administró el instrumento a la muestra seleccionada, se procedió con los procedimientos que señala Medrano y Núñez (2017) para la realización del análisis factorial confirmatorio, mientras que para la fiabilidad se procedió acorde a lo indicado por Ventura-León (2018), para obtener el coeficiente omega, y los intervalos de confianza, de esta manera procedió con la organización de una base de datos elaborada en el Software Excel 2016 del paquete Microsoft Office 2016; posteriormente mediante el Software IBM SPSS Statistics 24 permitió obtener las fuentes de Validez basada en la Estructura Interna; para obtener resultados preliminares mediante la Asimetría y Curtosis, respectivamente para el Análisis Factorial Confirmatorio se desarrolló mediante el Software Amos Graphics 24 obteniendo los índices de ajuste, bondad de ajuste (GFI), ajuste comparativo (CFI-NFI) y parsimonioso (PNFI), los cuales presentan como puntos de corte, valores superiores a .90 indican un buen ajuste, asimismo valores sobre el .95 un óptimo

ajuste, para referir que el modelo del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes, se ajusta a la muestra de Trujillo, mientras que valores inferiores refieren un ajuste insuficiente del modelo teórico al estimado (Escobedo, Hernández, Estebane y Martínez, 2016)

Finalmente, para la confiabilidad se ha realizado por el método de Consistencia Interna del Coeficiente Omega, debida a la mayor precisión en contraste al Alfa de Cronbach (Ventura y Caycho, 2017). Asimismo los intervalos de confianza al 95%, con un bootstrap de 1000, realizado en el programa R Project versión 3.5.0

2.7 Aspectos éticos

Primero, se efectuó una previa coordinación y entrega de la carta de presentación a cada una de las instituciones educativas públicas. Segundo, se procedió a la ejecución de la evaluación, para lo cual se brindó una carta de testigo informado (Anexo 01) a cada maestro; en donde se les explicó: los objetivos de la investigación, los términos y condiciones de su realización, teniendo en cuenta la confidencialidad, el uso escrito de la información para fines académicos y considerando los criterios de inclusión aplicados en el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) (Anexo 2) a la población estudio. Tercero, se consideró las pautas expuestas por el Código de Ética del Psicólogo Peruano (2014) en cuanto a los artículos 23 y 24 del capítulo IV, en relación a la privacidad y/o confidencialidad de la información recolectada; salvaguardando su identidad, siendo expuesta, si pone en riesgo la integridad física o bienestar psicológico del entorno social. Por otra parte, se tuvo en cuenta los artículos 81, 84 y 93 del capítulo XI referidos a las actividades de investigación manifestando que el investigador tiene la responsabilidad de informar sobre el propósito y objetivos de la investigación en pro de la población aplicada.

III. RESULTADOS

3.1. Evidencias de validez basadas en el contenido

En la tabla 3, para encontrar la validez de contenido del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, se utilizó el estadístico V de Aiken, obteniéndose en la mayoría de los ítems un valor mayor a lo que indica Guilford (1954), que en el coeficiente debe ser mayor o igual a .80. Asimismo, se observan los siguientes resultados, para relevancia valores de .73 a .96, en Coherencia de .71 a .96, en claridad todos los reactivos son pertinentes al ubicarse por encima del .80.

Tabla 3

Coeficiente de Aiken para la validez de contenido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo

ítems	Relevancia	V de aiken							
		IC 95%		Coherencia	IC 95%		Claridad	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS
1.	.89**	.86	.91	.93**	.91	.96	.93**	.91	.96
2.	.91**	.89	.93	.87**	.85	.89	.93**	.91	.96
3.	.96**	.93	.98	.89**	.86	.91	.87**	.85	.90
4.	.93**	.91	.96	.91**	.89	.93	.91**	.89	.93
5.	.84**	.82	.86	.89**	.86	.91	.91**	.89	.93
6.	.87**	.85	.90	.91**	.89	.93	.89**	.86	.91
7.	.80**	.77	.82	.71	.68	.73	.93**	.91	.96
8.	.87**	.85	.90	.80**	.77	.82	.80**	.77	.82
9.	.80**	.77	.82	.80**	.77	.82	.89**	.86	.91
10.	.93**	.91	.96	.96**	.93	.98	.80**	.77	.82
11.	.84**	.81	.86	.84**	.81	.86	.96**	.93	.98
12.	.89**	.86	.91	.89**	.86	.91	.91**	.89	.93
13.	.91**	.89	.93	.96**	.93	.98	.91**	.89	.93
14.	.73	.69	.75	.84**	.82	.86	.96**	.93	.98
15.	.87**	.85	.90	.84**	.82	.86	.82**	.79	.84
16.	.84**	.82	.86	.84**	.82	.86	.91**	.89	.93
17.	.89**	.86	.91	.91**	.89	.93	.84**	.82	.86
18.	.82**	.79	.84	.80**	.77	.82	.93**	.91	.96
19.	.89**	.86	.91	.82**	.79	.84	.82**	.79	.84
20.	.96**	.93	.98	.96**	.93	.98	.87**	.85	.89
21.	.93**	.91	.96	.87**	.85	.89	.96**	.93	.98
22.	.84**	.82	.86	.80**	.77	.82	.87**	.85	.90
23.	.84**	.82	.86	.93**	.91	.96	.82**	.79	.84
24.	.93**	.91	.96	.96**	.93	.98	.96**	.93	.98
25.	.96**	.93	.98	.89**	.86	.91	.96**	.93	.98
26.	.89**	.86	.91	.80**	.77	.82	.91**	.89	.93
27.	.91**	.89	.93	.82**	.79	.84	.91**	.89	.93

Nota: ** Estadísticamente significativo

En la tabla 4, se aprecia que el ítem 14 presenta significancia estadística en coherencia y claridad, y el ítem 7 sólo en claridad.

Tabla 4

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems 7 y 14 del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo

ITEM	Coeficiente V de Aiken								
	Relevancia	IC 95%		Coherencia	IC 95%		Claridad	IC 95%	
		LS	LI		LS	LI		LS	LI
Ítem 7	.80**	.77	.82	.64	.61	.66	.80**	.77	.82
Ítem 14	.80**	.77	.82	.95**	.93	.98	.91**	.89	.93

Nota: ** Estadísticamente significativo

3.2. Evidencias de validez basadas en la estructura interna

En la tabla 5, se aprecia en el análisis factorial confirmatorio, suponiendo una estructura de 2 factores del inventario de depresión infantil de Kovacs en una muestra de estudiantes de primaria del distrito de Trujillo, se efectuó el análisis factorial confirmatorio de las puntuaciones obtenidas de la aplicación del instrumento, considerando el modelo propuesto por el autor, el método utilizado fue el de cuadrados mínimos no ponderados, debido a la presencia de no normalidad (Medrano y Núñez 2017), donde se reporta el ajuste absoluto por medio de: el índice de bondad de ajuste (GFI=.958), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI=.951), y en el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR=.0556); el ajuste comparativo por medio del índice de ajuste normado (NFI=.898); y el ajuste parsimonioso (PNFI=.827), que están acorde al método utilizando, por ello se reportan (Pérez, Medrano y Sánchez, 2013).

Asimismo, considerando la misma estructura factorial (2 factores) en una muestra de estudiantes de secundaria del distrito de Trujillo, se realizó el análisis factorial confirmatorio de las puntuaciones obtenidas de la aplicación del instrumento, considerando el modelo propuesto por el autor, el método utilizado fue el de cuadrados mínimos no ponderados, donde se reporta el ajuste absoluto por medio de: el índice de bondad de ajuste (GFI=.969), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI=.964), y en el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR=.0485); el ajuste comparativo por medio del índice de ajuste normado (NFI=.925); y el ajuste parsimonioso (PNFI=.852).

Tabla 5*Índices de ajuste absoluto, ajuste comparativo y ajuste parsimonioso (n=1501)*

Índices de Ajuste	Resultados AFC Alumnos de Primaria (n=644)	Índices AFC Alumnos de Secundaria (n=857)
Ajuste Absoluto		
GFI Índice de bondad de ajuste	.958	.969
AGFI Índice de bondad de ajuste ajustado	.951	.964
SRMR Residuo estandarizado cuadrático medio	.0556	.0485
Ajuste Comparativo		
NFI índice de ajuste normado	.900	.925
Ajuste Parsimonioso		
PNFI Índice de ajuste normado parsimonioso	.827	.852

En la tabla 6, se aprecia la matriz de correlaciones entre ítems las cuales varían de .07 a .37 en la dimensión de disforia y de -.04 a .26 en la dimensión autoestima negativa.

Tabla 6

Matrices de correlaciones por ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria (n=644)

Ítems	It1	It4	It5	It7	It8	It9	It10	It12	It16	It17	It18	It20	It21	It22	It25	It27	It2	It3	It6	It11	It13	It14	It15	It19	It23	It24	It26	
It1	1																											
It4	.12	1																										
It5	.15	.13	1																									
It7	.21	.20	.25	1																								
It8	.19	.17	.22	.31	1																							
It9	.14	.13	.16	.24	.21	1																						
It10	.18	.16	.20	.30	.26	.20	1																					
It12	.08	.08	.10	.14	.12	.09	.12	1																				
It16	.17	.15	.19	.28	.25	.19	.24	.11	1																			
It17	.13	.12	.15	.22	.19	.15	.18	.09	.17	1																		
It18	.16	.15	.19	.27	.24	.18	.23	.11	.22	.17	1																	
It20	.16	.15	.19	.28	.24	.19	.23	.11	.22	.17	.21	1																
It21	.20	.18	.23	.33	.29	.22	.27	.13	.26	.20	.25	.26	1															
It22	.10	.10	.12	.17	.15	.12	.14	.07	.14	.11	.13	.13	.16	1														
It25	.22	.20	.26	.37	.32	.25	.31	.14	.29	.23	.28	.29	.34	.18	1													
It27	.18	.17	.21	.31	.27	.21	.26	.12	.24	.19	.24	.24	.29	.15	.32	1												
It2	.18	.16	.20	.29	.26	.20	.25	.11	.23	.18	.22	.23	.27	.14	.31	.25	1											
It3	.15	.14	.17	.25	.22	.17	.21	.10	.20	.15	.19	.19	.23	.12	.26	.22	.22	1										
It6	.03	.03	.04	.05	.05	.04	.04	.02	.04	.03	.04	.04	.05	.03	.05	.05	.05	.04	1									
It11	.09	.08	.11	.15	.14	.10	.13	.06	.12	.10	.12	.12	.14	.08	.16	.13	.14	.12	.02	1								
It13	.11	.10	.12	.18	.16	.12	.15	.07	.14	.11	.14	.14	.17	.09	.19	.16	.16	.14	.03	.08	1							
It14	.14	.12	.16	.23	.20	.15	.19	.09	.18	.14	.17	.18	.21	.11	.24	.20	.20	.17	.04	.11	.12	1						
It15	.12	.11	.14	.20	.18	.14	.17	.08	.16	.13	.16	.16	.19	.10	.21	.18	.18	.15	.03	.09	.11	.14	1					
It19	-.02	-.02	-.03	-.04	-.03	-.03	-.03	-.02	-.03	-.02	-.03	-.03	-.04	-.02	-.04	-.03	-.04	-.03	-.01	-.02	-.02	-.03	-.02	1				
It23	.12	.11	.14	.20	.17	.13	.17	.08	.16	.12	.15	.15	.18	.10	.21	.17	.18	.15	.03	.09	.11	.14	.12	-.02	1			
It24	.17	.16	.20	.29	.25	.19	.24	.11	.23	.18	.22	.22	.27	.14	.30	.25	.26	.22	.05	.13	.16	.20	.18	-.03	.17	1		
It26	.11	.10	.13	.19	.17	.13	.16	.07	.15	.12	.14	.15	.17	.09	.20	.16	.17	.14	.03	.09	.10	.13	.12	-.02	.11	.16	1	

En la tabla 7, se aprecia la matriz de correlaciones entre ítems las cuales varían de .12 a .32 en la dimensión de disforia y de .01 a .29 en la dimensión autoestima negativa.

Tabla 7

Matrices de correlaciones por ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria (n=857)

Ítems	It1	It4	It5	It7	It8	It9	It10	It12	It16	It17	It18	It20	It21	It22	It25	It27	It2	It3	It6	It11	It13	It14	It15	It19	It23	It24	It26	
It1	1																											
It4	.18	1																										
It5	.16	.13	1																									
It7	.26	.21	.18	1																								
It8	.22	.18	.16	.26	1																							
It9	.24	.20	.17	.28	.24	1																						
It10	.23	.19	.16	.27	.23	.25	1																					
It12	.17	.14	.12	.20	.17	.18	.18	1																				
It16	.21	.17	.15	.25	.21	.23	.22	.16	1																			
It17	.18	.15	.13	.22	.18	.20	.19	.14	.18	1																		
It18	.19	.15	.14	.22	.19	.21	.20	.14	.18	.16	1																	
It20	.26	.21	.18	.30	.26	.28	.27	.19	.25	.21	.22	1																
It21	.18	.15	.13	.21	.18	.20	.19	.14	.18	.15	.16	.21	1															
It22	.19	.16	.14	.22	.19	.21	.20	.14	.18	.16	.17	.22	.16	1														
It25	.28	.22	.20	.32	.27	.30	.29	.21	.26	.23	.24	.32	.23	.24	1													
It27	.17	.14	.12	.20	.17	.19	.18	.13	.17	.14	.15	.20	.14	.15	.22	1												
It2	.22	.18	.16	.26	.22	.24	.23	.17	.21	.18	.19	.26	.18	.19	.28	.17	1											
It3	.22	.18	.16	.26	.22	.24	.23	.17	.21	.18	.19	.26	.18	.19	.28	.17	.27	1										
It6	.09	.08	.07	.11	.09	.10	.10	.07	.09	.08	.08	.11	.08	.08	.12	.07	.12	.12	1									
It11	.18	.14	.12	.21	.17	.19	.18	.13	.17	.15	.15	.20	.14	.15	.22	.14	.22	.22	.09	1								
It13	.18	.14	.13	.21	.18	.19	.19	.14	.17	.15	.15	.21	.15	.15	.22	.14	.22	.22	.09	.18	1							
It14	.21	.17	.15	.25	.21	.23	.22	.16	.20	.18	.18	.25	.18	.19	.27	.17	.27	.26	.11	.21	.21	1						
It15	.13	.10	.09	.15	.13	.14	.13	.10	.12	.11	.11	.15	.11	.11	.16	.10	.16	.16	.07	.13	.13	.15	1					
It19	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	.01	1				
It23	.20	.16	.14	.23	.20	.21	.21	.15	.19	.16	.17	.23	.16	.17	.24	.15	.24	.24	.10	.19	.20	.24	.14	.01	1			
It24	.23	.19	.17	.27	.23	.26	.25	.18	.22	.20	.20	.27	.19	.20	.29	.18	.29	.29	.12	.23	.24	.28	.17	.02	.26	1		
It26	.08	.07	.06	.10	.08	.09	.09	.06	.08	.07	.07	.09	.07	.07	.10	.06	.10	.10	.04	.08	.08	.10	.06	.01	.09	.11	1	

En la tabla 8, se observa las cargas factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de los 2 factores del instrumento aplicado en alumnos de primaria del distrito de Trujillo, apreciándose pesos factoriales de .232 a .620 para el factor disforia y de -.068 a .510 para el factor autoestima negativa.

Tabla 8

Cargas factoriales estandarizadas del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria (n=644)

Ítems	Factores	
	Disforia	Autoestima Negativa
It1	.355	
It4	.327	
It5	.411	
It7	.596	
It8	.523	
It9	.400	
It10	.497	
It12	.232	
It16	.472	
It17	.367	
It18	.456	
It20	.462	
It21	.552	
It22	.289	
It25	.620	
It27	.516	
It2		.510
It3		.435
It6		.090
It11		.267
It13		.312
It14		.394
It15		.352
It19		-.068
It23		.344
It24		.501
It26		.327

En la tabla 9, se observa las cargas factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de los 2 factores del instrumento aplicado en alumnos de secundaria del distrito de Trujillo, apreciándose pesos factoriales de .333 a .587 para el factor disforia y de .027 a .524 para el factor autoestima negativa.

Tabla 9

Cargas factoriales estandarizadas del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria (n=857)

Ítems	Factores	
	Disforia	Autoestima Negativa
It4	.380	
It1	.470	
It25	.587	
It5	.333	
It7	.551	
It8	.467	
It9	.512	
It10	.492	
It12	.355	
It16	.450	
It17	.391	
It18	.406	
It20	.545	
It21	.388	
It22	.407	
It27	.368	
It2		.524
It3		.521
It6		.222
It11		.414
It13		.423
It14		.506
It15		.301
It19		.027
It23		.464
It24		.555
It26		.192

Figura 1. Estructura factorial del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria del distrito de Trujillo (n=644).

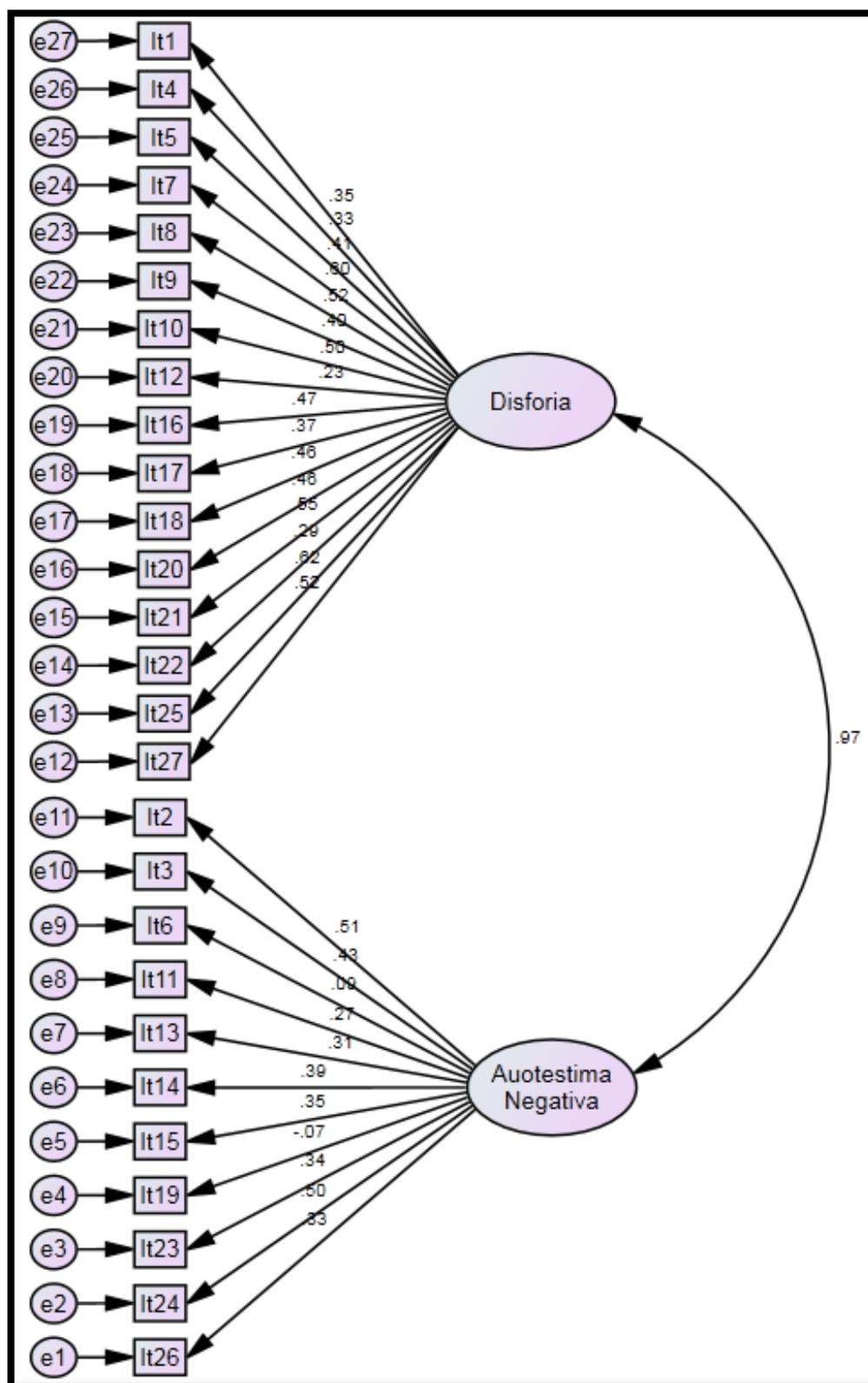
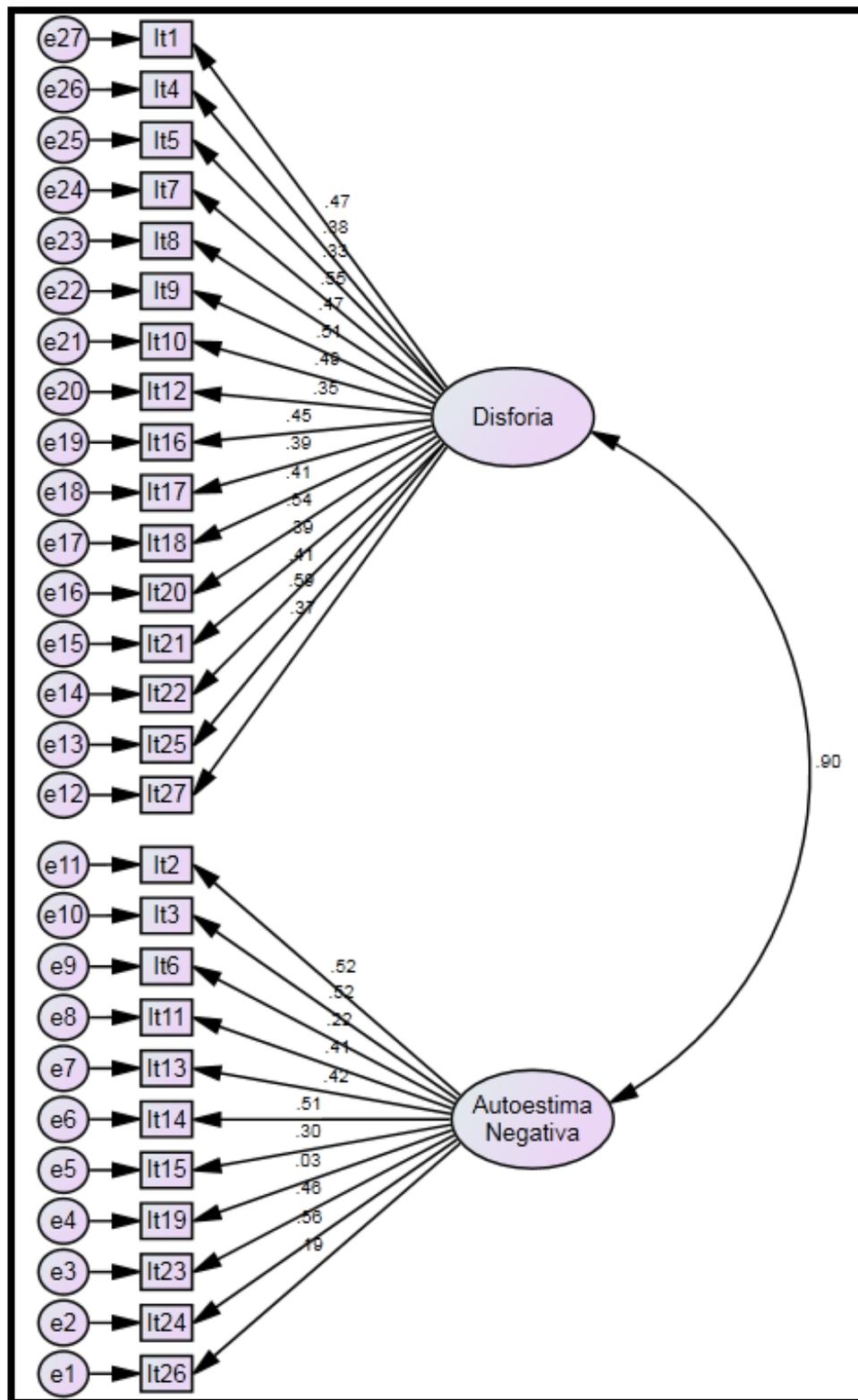


Figura 2. Estructura factorial del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria del distrito de Trujillo (n=857).



En la tabla 10, se aprecia el análisis descriptivo y preliminar de las puntuaciones de los reactivos del instrumento en la muestra de estudiantes de primaria. Donde la media más baja la posee el ítem 5 ($M = .15$) y el ítem 19 posee la media más alta ($M = .98$). La desviación estándar oscila entre .468 a .862; asimismo, se aprecia que hay ítems con valores de asimetría y curtosis por encima del ± 1.5 (ítems 1, 3, 5, 7, 10, 15, 17, 23 y 27), de lo cual se concluye que no existe normalidad multivariada. Asimismo, se observa que los índices de correlación ítem-factor varía de .201 a .547 e ítem-test de .233 a .538 considerados como aceptables, a excepción de los ítems 6, 19 y 26 que alcanzaron un índice inferior a .20 considerados como no aceptables (Kline, 1998).

Tabla 10

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria (n=644)

Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem-Factor	Ítem-Test
					r_{itc}	r_{itc}
It1	.17	.497	2.854	7.030	.319	.330
It4	.46	.596	.904	-.178	.296	.320
It5	.15	.468	3.199	9.134	.367	.350
It7	.21	.522	2.500	5.161	.527	.538
It8	.44	.736	1.336	.161	.436	.446
It9	.37	.541	1.087	.157	.366	.375
It10	.25	.609	2.259	3.512	.438	.449
It12	.43	.701	1.305	.246	.201	.233
It16	.64	.848	.762	-1.180	.379	.390
It17	.27	.599	2.035	2.801	.346	.359
It18	.50	.784	1.137	-.413	.392	.382
It20	.37	.659	1.562	1.044	.452	.444
It21	.41	.632	1.303	.532	.477	.483
It22	.42	.610	1.152	.273	.302	.283
It25	.38	.647	1.482	.898	.547	.529
It27	.21	.508	2.369	4.710	.461	.494
It2	.51	.668	.961	-.260	.344	.441
It3	.21	.521	2.402	4.754	.334	.413
It6	.64	.674	.576	-.724	.073	.099
It11	.60	.826	.856	-.993	.203	.239
It13	.69	.745	.580	-.994	.256	.284
It14	.34	.571	1.435	1.065	.317	.380
It15	.92	.862	.162	-1.636	.239	.291
It19	.98	.765	.039	-1.290	-.004	-.044
It23	.27	.558	1.990	2.897	.224	.332
It24	.63	.717	.689	-.787	.328	.419
It26	.37	.638	1.505	.996	.187	.296

Nota: DE=desviación estándar; r_{itc} =índice de correlación R corregido

En la tabla 11, se aprecia el análisis descriptivo y preliminar de las puntuaciones de los reactivos del instrumento en la muestra de estudiantes de secundaria. Donde la media más baja la posee el ítem 5 ($M = .08$) y el ítem 15 posee la media más alta ($M = .86$). La desviación estándar oscila entre .310 a .802; asimismo, se aprecia que hay ítems con valores de asimetría y curtosis por encima del ± 1.5 (ítems 1, 3, 5, 7, 10, 12, 17, 25 y 27), de lo cual se concluye que no existe normalidad multivariada. Asimismo, se observa que los índices de correlación ítem-factor varía de .268 a .510 e ítem-test de .203 a .519 considerados como aceptables, a excepción de los ítems 6, 19 y 26 que alcanzaron un índice inferior a .20 considerados como no aceptables (Kline, 1998).

Tabla 11

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de los ítems del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de secundaria (n=857)

Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem-Factor	Ítem-Test
					r_{itc}	r_{itc}
It1	.14	.390	2.880	8.043	.423	.415
It4	.42	.530	.720	-.706	.357	.349
It5	.08	.310	4.416	20.305	.292	.308
It7	.17	.434	2.643	6.496	.486	.503
It8	.37	.604	1.387	.834	.391	.427
It9	.32	.504	1.218	.382	.474	.464
It10	.20	.537	2.578	5.361	.445	.442
It12	.31	.551	1.632	1.707	.365	.328
It16	.57	.751	.900	-.665	.369	.393
It17	.31	.605	1.796	1.985	.336	.366
It18	.57	.802	.939	-.797	.328	.358
It20	.42	.612	1.186	.339	.481	.483
It21	.42	.575	.979	-.039	.355	.345
It22	.42	.565	.926	-.152	.387	.368
It25	.32	.573	1.597	1.524	.510	.519
It27	.15	.428	2.968	8.330	.370	.351
It2	.48	.553	.560	-.772	.426	.441
It3	.21	.443	2.011	3.276	.367	.467
It6	.53	.601	.665	-.510	.152	.203
It11	.52	.731	1.013	-.420	.335	.369
It13	.68	.635	.397	-.689	.353	.356
It14	.42	.559	.888	-.239	.360	.431
It15	.86	.795	.260	-1.373	.268	.262
It19	.65	.702	.597	-.813	.017	.032
It23	.39	.571	1.120	.262	.387	.407
It24	.62	.681	.655	-.686	.370	.461
It26	.59	.646	.638	-.593	.135	.169

Nota: DE=desviación estándar; r_{itc} =índice de correlación R corregido

3.3. Evidencias de validez por consistencia interna

En la tabla 12, se aprecia los índices de consistencia interna según el coeficiente Omega de las puntuaciones obtenidas en la aplicación del instrumento, para los alumnos de primaria varían de .555 a .798 en las dimensiones y de .833 en el inventario total; y para los alumnos de secundaria de .653 a .798 en las dimensiones y de .852 para el inventario total.

Tabla 12

Estadísticos de fiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en alumnos de primaria y secundaria del distrito de Trujillo (n=1501)

Factores	Alumnos de Primaria (n=644)					Alumnos de Secundaria (n=857)						
	Media	DE	N ítems	ω	IC 95%		Media	DE	N ítems	ω	IC 95%	
					LI	LS					LI	LS
Disforia	5.68	4.964	16	.798	.733	.852	5.18	4.416	16	.798	.739	.822
Autoestima Negativa	6.15	3.197	11	.555	.490	.599	5.96	3.179	11	.653	.621	.688
IDI	11.83	7.413	27	.833	.781	.860	11.13	6.885	27	.852	.816	.894

Nota: IDV=inventario de depresión infantil; DE=Desviación estándar; ω =Coeficiente de consistencia interna Omega

IV. DISCUSIÓN

El ser humano, comprendido como un ente biopsicosocial es afectado por diversos problemas, a nivel emocional, el más frecuente es la depresión, que genera un deterioro significativo en el desarrollo social, cultural y familiar (Beck & Clark, 2012), asimismo Beck, et al. (2010) refieren que es importante realizar una valoración ante el supuesto de un cuadro depresivo, que permita adoptar las medidas de prevención e intervención psicoterapéutica oportuna, frente a este criterio, Ventura (2017) manifiesta que es importante el uso de instrumentos de medición psicológica que cuenten con las propiedades de la confiabilidad y validez para su utilización en la praxis clínica. En tal sentido, la investigación tuvo como objetivo principal, hallar las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en dos muestras, una de 644 niños, entre los 7 a 11 años de edad y 857 adolescentes de 12 a 15 años, de tres instituciones educativas del distrito de Trujillo.

De tal manera, como primer objetivo específico se reportó la evidencia de validez basada en el contenido mediante el criterio de 15 jueces utilizando como estadístico la V de Aiken, se reportó para relevancia valores de .73 a .96, de criterio deficiente para el reactivo 14, asimismo en coherencia de .71 a .96, con un indicador desfavorable en el reactivo 7, mientras que en claridad todos los reactivos son pertinentes al ubicarse por encima del .80 (Escrura, 1988), frente a estos hallazgos se procedió a someter a los ítems 7 y 14 a una nueva valoración de su contenido por 15 jueces, obteniendo resultados aceptables, a excepción del ítem 7 del área de coherencia, que aun evidencia un resultado inaceptable (Elosua, 2003). Ello posiblemente se debe por la descripción confusa del reactivo (Elosua, 2003), al tener como alternativas “Me odio-No me gusta como soy-Me gusta como soy”, que a diferencia de los demás ítems, la última alternativa no guarda relación con las dos primeras, además que la primera alternativa dista de las dos siguientes, al ser categórica de una percepción emocional negativa, mientras que las demás se pueden connotar como una apreciación aparentemente normal en la adolescencia y en algunos casos en la niñez (Papalia, Duskin y Martorell, 2012).

Inicialmente se realizó el análisis preliminar de los ítems, en cuanto a la población de niños, se observa que las correlaciones ítem-test e ítem-factor, alcanzan resultados aceptables (Kline, 1998), para indicar la relación entre variables observadas de un mismo test y por factores (Elosua y Bully, 2012), a excepción de los reactivos 6, 19, y 26, describiéndose el primero como la posibilidad de ocurrencia de “cosas malas” evidenciando su descripción es imprecisa, por ende no permite una representación adecuada del constructo autoestima negativa, que hace referencia a una relación intrínseca individuo-persona (Bowlby, 2014), misma caracterización se observa para el ítem 19, relacionado con la enfermedad, a pesar de ser un reactivo que afecta a nivel individual al sujeto, no se asocia con la variable autoestima negativa, al tener una implicancia aparentemente física, más que psicológica (Baca y Aroca, 2014), en cuanto al último reactivo, se distingue una valoración en dos polaridades, al estar referido a una conducta de acatamiento de órdenes, no especifica su caracterización, ya que las mismas pueden ser de índole positiva o negativa, generando una discrepancia en el evaluado, por ende los resultados se ven afectados en la correlación, al no estar lo suficientemente asociados con los demás reactivos de autoestima negativa (Alarcón, 2013)

En cuanto a la población de adolescentes, se observa los mismos hallazgos para la correlación ítem-test e ítem-factor, para los reactivos 6, 19, y 26, del factor autoestima negativa, resultados explicados en el párrafo anterior debido a la convergencia en los ítems desfavorables; por otro lado se observa en la asimetría y curtosis valores por encima de 1.5, evidenciando la presencia de no normalidad univariada, tanto para la muestra de niños y adolescentes (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014), constituyendo la particularidad que permite la selección del método más adecuado para la técnica del análisis factorial confirmatorio (Medrano y Núñez, 2017)

Posteriormente, se determinó la evidencia de validez basada en la estructura interna, mediante el análisis factorial confirmatorio de las puntuaciones del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, utilizando el método de cuadrados mínimos no ponderados debido a la ausencia de normalidad univariada (Medrano y Núñez, 2017), se reportó en la muestra de niños, un índice de bondad de ajuste (GFI) de .958, un índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) de .951, un residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de .0556, como parte de los índices

de ajuste absoluto, mientras que el índice de ajuste comparativo se obtuvo mediante el índice de ajuste normado (NFI) con un valor de .900; y el ajuste parsimonioso, mediante el índice de ajustado normado por parsimonia (PNFI) alcanzó un valor de .827, asimismo para la población de adolescentes se reportó en los índices de ajuste absoluto un índice de bondad de ajuste (GFI) de .969, un índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) de .964, y en el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de .0485; mientras que el ajuste comparativo por medio del índice de ajuste normado (NFI) de .925; y el ajuste parsimonioso mediante el índice ajustado por parsimonia de (PNFI) .852

Valores que indican según Escobedo, Hernández, Estebane y Martínez (2016) un ajuste aceptable entre el modelo teórico del inventario de Kovacs, con el modelo estimado, representado por la población de estudio, tanto de niños como de adolescentes, destacando que en la población de niños se evidencia un mayor residuo en el ajuste, posiblemente porque diversos ítems tienen un mayor ajuste con las particularidades en los adolescentes, mientras que en algunos niños no constituyen indicadores de depresión (Pérez, Medrano y Núñez, 2013).

Asimismo, la matriz de covarianzas, no reporta indicadores de colinealidad en las correlaciones entre ítems, tanto para la muestra de niños como de adolescentes (Escobedo et al., 2016) entre tanto, las cargas factoriales estandarizadas para la muestra de niños reporta índices de .232 a .620 para el factor disforia y de -.068 a .510 para el factor autoestima negativa, de criterio insuficiente a muy bueno, obteniendo resultados desfavorables los reactivos 12, 11, 6 y 19, los cuales no estarían contribuyen a la variabilidad explicada del factor al cual pertenecen (Lloret et al., 2014), mientras que para la muestra de adolescentes se observa pesos factoriales estandarizados de .333 a .587 para el factor disforia y de .027 a .524 para el factor autoestima negativa, obteniendo un valor insuficiente los relativos 19 y 26, que caracterizan una carente correspondencia con los demás reactivos en la representación de la variable latente (Fernández, 2015).

A partir de estos hallazgos, se evidencia que los resultados obtenidos aún no permiten utilizar el instrumento en el proceso de evaluación individual, ya que los índices de

ajuste comparativo, no logran un ajuste óptimo (Medrano y Núñez, 2017) requiriendo la realización de procedimientos adicionales, como la realización de covarianzas entre los errores o la propuesta de una estructura distinta (Fernández, 2015), para asegurar un ajuste suficiente, de tal manera que sea viable generar baremos, en una población clínica, y ser utilizada para la muestra de estudio (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014).

De igual manera, el estudio de Miranda et al. (2016) reportó una estructura subyacente distinta a la propuesta por el inventario de Kovacs, evidenciando una modificación en la escala para que sea ajuste a la población de estudio, sin que ello implique la reestructuración total del instrumento, resultados similares posiblemente por compartir algunas características sociodemográficas, como la edad y el sector de educación pública, de igual manera el estudio de Flores (2018) también reportó índices de ajuste viables, debido al estudio en poblaciones de adolescentes, en contraste a las investigaciones de León (2013) que obtuvo cargas factoriales por encima del .30, de criterio pertinente (Fernández, 2015), ello posiblemente se debe por utilizar una muestra conjunta entre niños y adolescentes, con edades entre los 9 a 15 años de edad, permitiendo una mayor variabilidad en las puntuaciones (Escobedo et al., 2016).

Por último, se determinó la confiabilidad por medio del método de la consistencia interna del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, reportando el coeficiente omega, para la muestra de niños obtiene en el factor disforia un índice de .79, de criterio aceptable, al igual autoestima negativa es inaceptable con un valor de .55; asimismo la muestra de adolescentes reportó para disforia un resultado aceptable con un coeficiente de .79, sin embargo, en autoestima negativa alcanzó un valor inaceptable con un índice de .653 (Campo y Oviedo, 2008), ello posiblemente se explica a partir de las cargas factoriales obtenidas de criterio insuficiente en algunos ítems del factor disforia, afectando directamente a la fiabilidad del instrumento, asociado al grado de estabilidad de la estructura interna en un continuo de mediciones (Ventura y Caycho, 2017), reafirmando la postura de una re especificación en el análisis factorial confirmatorio, que permita aumentar los índices de ajuste, que favorecerá a las cargas factoriales, y por último a la fiabilidad, que utiliza

a los pesos factoriales estandarizados como insumo para su estimación (Escobedo et al., 2016).

Mientras que Miranda, et al. (2016) reportó una confiabilidad mayor a .70, ello posiblemente se explica por la utilización del coeficiente Alfa de Cronbach, que en la actualidad es criticado por su sensibilidad al tamaño de la muestra (Ventura y Caycho, 2017), misma particularidad se observa en la investigación de León (2013) y Ríos (2015) con una fiabilidad de mayor a .70 mediante el mismo coeficiente, por su parte Flores (2018) reporta resultados similares al estudio realizado, utilizando el coeficiente omega alcanza un coeficiente inaceptable para el factor disforia, mientras que para autoestima negativa obtiene un valor aceptable, connotación debida a la mayor precisión del coeficiente omega en contraste al Alfa de Cronbach (Ventura y Caycho, 2017).

Finalmente, la investigación Evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, presenta un aporte metodológico, como un precedente de investigación de línea psicométrica y diseño instrumental, al utilizar los procedimientos acordes a la normativa para los test psicológicos y de educación (American Educational Research Association et al., 2014), asimismo a nivel práctico, contribuye al desarrollo a largo plazo del proceso de evaluación, de índole colectivo para el factor disforia, considerando previamente la elaboración de baremos, mientras que la variable autoestima negativa requiere de una re especificación para su utilidad práctica, por último a nivel teórico aporta con la revisión actualizada de la depresión en niños y adolescentes (Prieto y Delgado, 2010).

V. CONCLUSIONES

Se determinó las evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo, aportando a nivel metodológico y teórico, asimismo a nivel práctico solo aporta para el factor disforia.

Se reportó la evidencia de validez basada en el contenido mediante el criterio jueces, alcanzando para relevancia, coherencia y claridad, valores pertinentes, a excepción del ítem 7 en el apartado de coherencia, asimismo la muestra piloto alcanza valores de aceptable a muy bueno.

Se determinó la evidencia de validez basada en la estructura interna, mediante el análisis factorial confirmatorio, alcanzando un ajuste bueno entre el modelo teórico y el estimado, tanto en la muestra de niños como de adolescentes, además de cargas factoriales reportan valores aceptables, a excepción de los ítems 12, 11, 6 y 19 en la muestra de niños, mientras que en los adolescentes los ítems 19 y 26.

Se determinó la confiabilidad por medio del método de la consistencia interna reportando el coeficiente omega, de valoración aceptable para disforia, mientras que en autoestima negativa alcanza un índice próximo a ser favorable.

VI. RCOMENDACIONES

Considerar los procedimientos de validez y confiabilidad utilizados, para la réplica de la investigación en otros contextos que presenten una realidad problemática relacionada con la depresión, siguiendo los lineamientos internacionales para la estandarización de test psicológicos y educativos.

Tener en cuenta que la investigación aporta a nivel práctico sólo para el factor disforia, teniendo en cuenta que previamente se debe obtener los baremos normativos, en una población clínica acorde al constructo de depresión, caso contrario no se evidenciara datos objetivos durante la valoración psicométrica.

Realizar el procedimiento de re especificación, en la misma población de estudio, caso contrario la investigación realizada no tendrá mayor aporte en la población investigada, evaluando la realización de covarianzas entre los errores o reportar una estructura factorial distinta por medio de la reducción de ítems, que permita un mejor ajuste entre el modelo teórico y estimado, que tendrá implicaciones en el ajuste alcanzando valores óptimos, asimismo en la confiabilidad de aceptable a elevada.

Aún se desaconseja la realización de otro método de confiabilidad, debido que la consistencia interna aún evidencia valores próximos a ser aceptables, posterior a la corrección de esta particularidad, es recomendable aportar con otras fuentes de confiabilidad como el método test-retest.

VII. REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento* (2da. Ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alonso, J. (2012). *Psicología* (2da. Ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Amato, P. & Anthony, C. (2014). Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models. *Journal of Marriage and Family*, 76(1), 370-386.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Arrieta, K., Díaz, S. & González, F. (2013). Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: APA.
- Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Beardslee, W.; Glandstone, T. & O'connor, E. (2012). Development risk of depression: Experience matters. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 21, 261-278.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Botella, C.; García, A.; Guillén, V.; Baños, R.; Quero, S. & Alcañiz, M. (2010). An Adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 67-71.

- Bowlby, J. (2014). *Vinculos afectivos: formacion, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bragado, C. & Bersabe, R. (2010). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresión, y de alimentación en niños y adolescentes. *Revista Psicothema*, 11(4), 939-56.
- Caballero, J. (2016, diciembre 6). *La Libertad: 1 de cada 5 escolares presenta problemas de salud mental*, Tv cosmos. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/la-libertad-1-de-cada-5-escolares-presenta-problemas-de-salud-mental/>
- Campo, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10 (5), 831-839.
- Cary, C. & McMillen, J. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757.
- Código del Psicólogo del Perú (febrero, 2014). *Colegio de psicólogos del Perú: Código de ética del psicólogo*. Recuperado de: <http://csp.org.pe/sites/default/files/resoluciones/admin-resolucion-11430867342.pdf>
- Connor, D.; Ford, J.; Amsten, A. & Greene, C. (2014). An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Pediatrics*, 54(6), 517-528.
- Costa, J. (2017, marzo 9). *Florencia de Mora: se necesitan más centros de salud mental*, Tv cosmos. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/florencia-de-mora-se-necesitan-mas-centros-de-salud-mental/>
- Cutipe, Y. (2015, septiembre 9). *Minsa brinda cifras sobre personas agredidas, alcohólicas y depresión*, Tv cosmos. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/minsa-brinda-cifras-sobre-personas-agredidas-alcoholicas-y-depresivas/>

- Del Barrio, V. (2015). *Los trastornos depresivos y sus tratamientos, Psicología clínica infanto-juvenil*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y el adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Elosua, P. (2003). *Sobre la Validez de los test*. *Psicothema*, 15(2), 315-321
- Elosua, P. & Bully, G. (2012). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento* (1^{ra} ed.). Vasco: Universidad de Vasco.
- Erikson, E. (1992). *Identical, Juventud y Crisis*. Madrid: Taurus.
- Esquivel, F., Heredia, M. & Gómez, E. (2014). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Escurra, M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*. 6(1)103-111. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
- Escobedo, M. Hernández, J. Estebane, V. & Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22.
- Fernández, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 33(2), 39-66.
- Flores, N. (2018). Evidencias de validez del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco. (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Perú.
- Foa, E.; Gillihan, S. & Bryant, R. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 14(2), 65-111.

- Frías, D.; Mestre, V.; Del Barrio, V. & García-Ros, R. (2012). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52, 121-131.
- Gladstone, T. (2010). The prevention of depression in at-risk adolescents: Current and future directions. *Cognitive Psychotherapy*, 14(1), 9-23.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (2012). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Guilford, J. (1954). *Métodos psicométricos*. Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Hale, W.; Raaijmakers, Q.; Garcia, L.; Muela, J. & Díaz, M. (2013). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders for socially anxious and healthy Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(25), 1-7.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Huang, C. & Dong, N. (2014). Dimensionality of the Children's Depression Inventory: meta-analysis of pattern matrices. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1182-1192.
- Jaureguizar, J.; Bernaras, E.; Soroa, M. & Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Psicología Conductual*, 23(2), 245-264.
- Kline, P. (1998). *The new psychometrics: science, psychology and measurement*. London: Routhledge.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil CDI*. Madrid: Tea Ediciones.
- Lang, M., & Tisher, M. (2014). *Cuestionario de Depresión para Niños*. Madrid: TEA Ediciones.

- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Psique Mag*, 1(1), 27-44. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/225766018/4-16-1-PB>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- López, C.; Alcántara, M.; Fernández, V.; Castro, M. y López, J. (2010). Características y prevalencia de la ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años. *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Lucio, E., & Heredia, C. (2014). *Psicopatología, Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Luna, M. (2014). *Ansiedad y Depresión*. Madrid: Clínica de la Ansiedad.
- Lutz, C.; Phelps, C. & Reichle, A. (2011). Affective, behavioral, and social-cognitive dysregulation as mechanisms for sexual abuse revictimization. *Violence and Victims*, 26(1), 159-176.
- Majadas, S.; Olivares, J.; Glan, J. & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 145-151.
- Marina, J. (2014) La educación del cerebro. *Pediatría Integral*, 15(5), 473-477.
- Medrano, L. & Núñez, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*, 11(1), 1-21.

- Miranda, L.; Laborin, J.; Chavez, A., Sandoval, S., & Torres, S. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26(2),273-282. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/339243511/Propiedades-psicometricas-del-CDI>
- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
- Montero, L. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Muñoz, A. (2012). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), 147-163.
- O'Neil, K.; Podell, J.; Benjamin, C., & Kendall, P. (2010). Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered Routh: demographic, clinical and family characteristics. *Child Psychiatry Human Development*, 41(3), 330-441.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión: Hablemos*. Ginebra: OMS.
- Ospina, F.; Hinestrosa, M.; Paredes, M.; Guzman A., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(1), 908-920.
- Papalia, E.; Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (10ma ed.). México: McGraw Interamericana.
- Papalia, E.; Duskin, R. & Martorell, M. (2012). *Desarrollo humano* (12va ed.). México D.F.: McGrawHill.

- Parmelee, D. (2014). *Psiquiatría del niño y adolescente*. España. Editorial Harcourt.
- Pérez, E., Medrano, L. & Núñez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.
- Prieto, G. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Ramos, B. y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 14, 324-334. Recuperado de: http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF
- Ríos, M. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de educación secundario de dos colegios nacionales del distrito el Porvenir*. (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Perú.
- Royo, J. (2012). Trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 97-103.
- Sainero, A.; Del Valle, J. & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480.
- Sánchez, O. y Méndez, X. (2015). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud*, 20, 273-280.
- Sandin, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.

- Sanz, J.; Perdigón, A, & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Revista Clínica y Salud, 14*(4), 249-280.
- Suarez, J. (2017). *Depresión, enfermedad silenciosa*, Tv Cosmos. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/depresion-enfermedad-silenciosa/>
- Suárez, M. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz, 16*(2), 49-56.
- Tailljeu, T.; Brownridge, A.; Sareen, J. & Afifi, T. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect, 59*, 1-12.
- Ugarriz, N. & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Revista Persona, 5*, 83-130.
- Valdivia, M. (2012). *Manual de psiquiatría infantil*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Vargas, E. (2014, septiembre 6). *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Diario Perú21. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
- Ventura, J. (2017). ¿Existen los instrumentos validos? Un debate necesario. *Gaceta Sanitaria, 31*(1), 71.
- Ventura, J. & Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, 25*(1), 625-627.

Yamada, A.; Suzuki, M.; Kato, M.; Suzuki, M.; Tanaka, S.; Shindo, T.; Taketani, K.; Akechi, T. & Furukawa, T. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 651-657.

ANEXOS

Anexo 01

Protocolo del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (Del Barrio & Carrasco, 2004)

CDI

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que **MEJOR** te describa:
EJEMPLO:

- Siempre leo libros.
- De vez en cuando leo libros.
- Nunca leo libros.

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoge sólo una, **LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES**.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

1.
 - Estoy triste de vez en cuando.
 - Estoy triste muchas veces.
 - Estoy triste siempre.
2.
 - Nunca me saldrá nada bien
 - No estoy seguro de si las cosas saldrán bien.
 - Las cosas me saldrán bien
3.
 - Hago bien la mayoría de las cosas.
 - Hago mal muchas cosas
 - Todo lo hago mal
4.
 - Me divierten muchas cosas
 - Me divierten algunas cosas
 - Nada me divierte
5.
 - Soy malo siempre
 - Soy malo muchas veces
 - Soy malo algunas veces
6.
 - A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 - Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 - Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.
 - Me odio
 - No me gusta como soy (No me gusto a mí mismo)
 - Me gusta como soy (Me gusto a mí mismo)
8.
 - Todas las cosas malas son culpa mía.
 - Muchas cosas malas son culpa mía.
 - Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.
 - No pienso en matarme
 - pienso en matarme pero no lo haría
 - Quiero matarme.
10.
 - Tengo ganas de llorar todos los días
 - Tengo ganas de llorar muchos días
 - Tengo ganas de llorar de vez en cuando.
11.
 - Las cosas me preocupan siempre
 - Las cosas me preocupan muchas veces.
 - Las cosas me preocupan de vez en cuando.
12.
 - Me gusta estar con la gente
 - Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 - No quiero en absoluto estar con la gente.
13.
 - No puedo decidirme
 - Me cuesta decidirme
 - Me decido fácilmente
14.
 - Tengo buen aspecto
 - Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 - Soy feo o fea

- 15.
- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 - Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes
 - No me cuesta ponerme a hacer los deberes

- 16.
- Todas las noches me cuesta dormirme
 - Muchas noches me cuesta dormirme.
 - Duermo muy bien

- 17.
- Estoy cansado de vez en cuando
 - Estoy cansado muchos días
 - Estoy cansado siempre

- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 - Muchos días no tengo ganas de comer
 - Como muy bien

- 19.
- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 - Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 - Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad

- 20.
- Nunca me siento solo.
 - Me siento solo muchas veces
 - Me siento solo siempre

- 21.
- Nunca me divierto en el colegio
 - Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 - Me divierto en el colegio muchas veces.

- 22.
- Tengo muchos amigos
 - Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 - No tengo amigos

- 23.
- Mi trabajo en el colegio es bueno.
 - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 - Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

- 24.
- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 - Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 - Soy tan bueno como otros niños.

- 25.
- Nadie me quiere
 - No estoy seguro de que alguien me quiera
 - Estoy seguro de que alguien me quiere.

- 26.
- Generalmente hago lo que me dicen.
 - Muchas veces no hago lo que me dicen.
 - Nunca hago lo que me dicen

- 27.
- Me llevo bien con la gente
 - Me peleo muchas veces.
 - Me peleo siempre.

Anexo 02

Carta de Testigo Informado

Carta de Testigo Informado

Estimada/o docente: *Reinoso Flores Diana Carolina*

La presente investigación es realizada por Armas Olascuaga, Carlos estudiante del XI ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciendo a la Facultad de Humanidades Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo de Trujillo. El estudio, se ejecutará en el distrito de Trujillo con 1,501 alumnos de las Instituciones Educativas Públicas: Gustavo Ríes, José Carlos Mariátegui La Chira y CECAT Marcial Acharan; cuya finalidad investigativa es hallar las evidencias de validez y confiabilidad del Inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes de 7 a 15 años. Los resultados serán parte de una tesis y para ayudar a promover los programas de detección de situaciones y respuestas de la depresión en los estudiantes, de igual manera servirá como herramienta útil para los psicólogos y docentes de dicha población.

La duración de toda la evaluación es aprox. 20 minutos previamente coordinados con la dirección de la institución educativa y con usted, como docente de aula.

Los estudiantes desarrollarán la prueba de manera individual; por otro lado, la información recopilada será confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Los padres de familia, el personal del instituto y otros estudiantes no tendrán acceso a esta información.

La decisión sobre la participación de sus estudiantes en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el director/a de la institución educativa.

Trujillo, 20 de abril del 2018


45798572
Firma del(a) Docente


Armas Olascuaga, Carlos
Evaluador

Ficha de Tamizaje

FICHA DE TAMIZAJE

1. ¿Cuál es tu edad?

2. ¿Cuál es el grado y la sección?

1. ¿actualmente estás viviendo con?

2. Genero

MASCULINO / FEMENINO

3. ¿Actualmente asistes a un psicólogo(a)?

4. ¿Actualmente tomas un medicamento para alguna enfermedad? ¿Qué enfermedad?
